Deutscher Bundestag **Drucksache 17/9169**

17. Wahlperiode 28. 03. 2012

Antrag

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Kerstin Andreae, Sven-Christian Kindler, Markus Kurth, Beate Müller-Gemmeke, Lisa Paus, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Einführung eines pauschalierenden psychiatrischen Entgeltsystems zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung nutzen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Nach den Regelungen des § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ist für psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Fachkrankenhäuser, Abteilungen und Einrichtungen der stationären und teilstationären Psychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie „ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen“.

Die Einführung eines solchen neuen Vergütungssystems muss für die qualitative Weiterentwicklung der Versorgung genutzt werden. Die Finanzierung, Organisation und der Aufbau der Angebotsformen müssen sich mehr als heute am individuellen Behandlungs- und Unterstützungsbedarf psychisch kranker Menschen orientieren. Ziel muss ein bedarfsgerechtes, regionales psychiatrisch-psychotherapeutisches und psychosoziales Versorgungssystem sein, das patientenzentrierte und lebensweltbezogene Behandlungsformen ermöglicht. Die komplementäre Versorgung soll in partnerschaftlicher Kooperation und Abstimmung mit anderen Leistungsbereichen ergänzend zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erbracht werden. Für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung in Deutschland ist primär eine Reform der Strukturen erforderlich und sekundär eine dafür geeignete Vergütungsreform. Weitgehend schnittstellenfreie, sektorübergreifende Behandlungsprozesse und eine regional übergeordnete, sektorübergreifende Verantwortung für die Versorgung von Patientinnen und Patienten sollte psychiatriepolitisches Ziel der nächsten Jahre sein. Im Zentrum steht die bedarfsgerechte, regionale Pflichtversorgung als ein abgestimmtes und verbindliches Zusammenwirken aller an der Versorgung beteiligten Institutionen und Personen. In Modellprojekten zu psychiatrischen Regionalbudgets u. a. im Kreis Steinburg, Schleswig-Holstein, ist bereits gezeigt worden, dass sich regionale Pflichtversorgung und vernetzte, flexible und leistungsorientierte Versorgungsstrukturen miteinander vereinbaren lassen.

Modellvorhaben könnten zur Bewältigung dieser Herausforderung beitragen. Die frühzeitige Umsetzung von Modellvorhaben böte vielen Kliniken die Möglichkeit, ihre Handlungsoptionen zu erweitern und mit der Herausforderung höherer Fallzahlen neue Versorgungsantworten zu entwickeln.

Die Verfahrensvorschläge zur Einführung der DRGs (Diagnosebezogene Fallgruppen) aus dem somatischen Bereich können nicht nahtlos auf die Psychiatrie für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche übertragen werden.

Im Unterschied zur Umstellung der stationären Entgelte im Bereich der Somatik gibt es für die Einführung eines pauschalierenden Systems im Bereich der psychiatrischen stationären Versorgung weltweit kein anerkanntes Vorbild. Deshalb sollte der Prozess zur Einführung eines neuen Entgeltsystems im Bereich der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen durch eine Expertenkommission fachlich begleitet werden, der auch Sachverständige aus Patienten- und Angehörigenverbänden und den Bundesländern angehören.

Die Weiterentwicklung des stationären Entgeltsystems darf nicht zur Senkung der Qualitätsstandards missbraucht werden, das Risiko zunehmender Morbidität im Bereich der psychischen Erkrankungen darf nicht allein den Leistungserbringern auferlegt werden. Mit dem Leistungserfassungssystem dürfen keine Anreize geschaffen werden, das Angebot für Menschen, die auch ambulant versorgt werden könnten, auszuweiten, um dem hohen Versorgungsbedarf von Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen auszuweichen.

Bei der Einführung des neuen Entgeltsystems müssen die Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie berücksichtigt werden. Die Versorgungssituation ist heute regional sehr verschieden und in starkem Maße angewiesen auf die Einbeziehung des ambulanten Vertragsarztsystems. Die Fachabteilungen sind oft sehr klein und umfassen im Durchschnitt nur knapp 30 Betten. Die Bettendichte ist regional sehr schwankend; der gestiegene Behandlungsbedarf wurde in den letzten 20 Jahren durch eine Verdichtung der stationären Behandlung aufgefangen. Dies führt zu einer sehr hohen Bettenauslastung und temporären Aufnahmeengpässen. Die Umstellung auf ein neues Entgeltsystem darf nicht zu weiteren Verschlechterungen bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Fläche führen.

Die Regelungen zur Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) sollen für alle Krankenhäuser bis zum Ende der budgetneutralen Phase erhalten bleiben; ihre tatsächliche Umsetzung wird transparent gemacht.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

den Entwurf des Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-EntgeltG) in folgender Weise zu ändern bzw. zu ergänzen:

1. Die Bundesregierung beruft bis zum Juni 2012 eine Expertenkommission, bestehend aus Sachverständigen unterschiedlicher Träger und Versorgungskonstellationen sowie aus Patienten- und Angehörigenvertreterinnen und -vertretern, ein. Diese Kommission sorgt für eine interessenneutrale und unabhängige Prozessbegleitung, bewertet die Arbeitsaufträge aus dem Psych-EntgeltG und gibt Empfehlungen für den weiteren Umsetzungsprozess.
2. Für Modellvorhaben nach Artikel 4 Nummer 2 des Gesetzentwurfs werden gesetzliche Vorgaben und Qualitätsstandards festgelegt, die eine qualitative Weiterentwicklung des bestehenden Versorgungssystems und eine Vergleichbarkeit mit herkömmlichen Versorgungsstrukturen erlauben. Neue Modellvorhaben zur Verbesserung der sektorübergreifenden Leistungserbringung sollen von allen an der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Krankenkassen gemeinsam vereinbart werden, damit die Modellvorhaben nicht auf Versicherte bestimmter Krankenkassen beschränkt bleiben. Zeitlich begrenzte Modellvorhaben aufgrund von regionalen Besonderheiten sind auch mit einzelnen Krankenkassen möglich. Es wird sichergestellt, dass nach Ablauf der

vereinbarten Erprobungszeit erfolgreiche Modellvorhaben in die Regelversorgung überführt und gemeinsam und einheitlich durch alle Krankenkassen finanziert werden können.

3. Den fachspezifischen Anforderungen und regionalen Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird im Verfahren zur Einführung eines neuen Entgeltsystems Rechnung getragen. Die Bundesregierung setzt sich in Zusammenarbeit mit den Bundesländern dafür ein, dass in jedem Bundesland ein Modellvorhaben zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung vereinbart wird. Im Rahmen der Begleitforschung werden Mittel zur Evaluation der Umstellung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie teilweise umgewidmet und gesondert ausgewiesen.
4. Die Personalbemessungsvorgaben zur Psych-PV werden umgesetzt. Alle Krankenhäuser können bis zum Jahr 2016 eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung je Anwendungsjahr schließen. Die Bundesregierung führt eine gesetzliche Meldepflicht und eine externe Kontrolle durch den MDK ein, damit die Umsetzung der Vorgaben nach Psych-PV transparent wird.
5. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden psychiatrischen Versorgung wird für die Nichtbeteiligung an der regionalen Pflichtversorgung je Berechnungs- und Belegungstag ein Abschlag vereinbart.
6. Dem Deutschen Bundestag und nachrichtlich den Bundesländern wird zum Jahresende 2015 ein detaillierter Bericht zu den Daten aus den Regelhäusern und den Modellvorhaben vorgelegt; finanz- und versorgungspolitische Erkenntnisse und Konsequenzen werden aufgezeigt.
7. In Ergänzung zu § 64b SGB V sorgt die Bundesregierung dafür, dass bei der wissenschaftlichen Auswertung von Modellprojekten nach § 65 SGB V für Modellvorhaben zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung solche Daten aus der Regelversorgung herangezogen werden, die einen sinnvollen Vergleich mit den Modellvorhaben ermöglichen.
8. Mehrleistungen aufgrund eines weiterhin steigenden Behandlungsbedarfs dürfen nicht als Morbiditätsrisiko allein den Einrichtungen aufgebürdet werden. Der Mehrerlösausgleichssatz wird auf 65 Prozent festgelegt.
9. Um einen Anreiz zum frühzeitigen Umstieg auf das neue Entgeltsystem zu schaffen, wird für optierende Häuser der Mindererlösausgleich in den Optionsjahren auf 95 Prozent angehoben; 2017 bis 2021 werden Mindererlöse zu 40 Prozent ausgeglichen.
10. Die Entwicklung der Personal- und Sachkosten soll bei der jährlichen Fortschreibung der Leistungsentgelte berücksichtigt werden. Hierzu ist in Anlehnung an § 10 Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes ein Orientierungswert zu entwickeln.

Berlin, den 27. März 2012

Renate Künast, Jürgen Trittin und Fraktion

Begründung

Die Entwicklung und Einführung eines Psych-Entgeltsystems müssen schrittweise und im Rahmen eines lernenden Systems erfolgen. Deshalb ist es richtig, für den Übergang in ein neues System mit einer langen budgetneutralen Phase zu starten und in einer anschließenden Konvergenzphase die heute unterschiedlich leistungsgerechten landesbezogenen Krankenhausbudgets einander anzugleichen.

Die Entwicklung von Regelungen im PsychEntgeltG beschränkt sich in großen Teilen auf die finanztechnische Analogie zum DRG-System und wird ergänzt um eine Öffnungsklausel, die Modellvorhaben zur sektorübergreifenden Versorgung erlaubt. Der transparente Systemvergleich wird aber mit dem Kabinettsentwurf nicht unterstützt, weil ein systematischer Vergleich zwischen der Regelversorgung und sektorübergreifenden Ansätzen nicht vorgesehen ist.

Wie in der Somatik setzen pauschalierte Abrechnungssysteme Anreize für Fallsteigerungen. Die Konstruktion von Abschlägen, um Mengenausweitungen zu verhindern, wird nur zur Senkung der Fallpauschalen führen, jedoch nicht dazu beitragen, die Defizite in der ambulanten Versorgung auszugleichen oder die unzureichende Kooperation zwischen den Versorgungssektoren zu verbessern.

Die 1991 eingeführte Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) hat erstmalig einen verbindlichen Rahmen für eine angemessene berufsübergreifende Personalausstattung in den psychiatrischen Krankenhäusern geschaffen. Wurde diese Norm in den ersten Jahren im Vollzug beachtet, mehren sich in den letzten Jahren die Anzeichen dafür, dass die Regelungen nunmehr flächendeckend nicht umgesetzt werden. Dies betrifft sowohl die Realisierung der Stellenbesetzung als auch des Rechtsanspruchs auf eine angemessene Honorierung der Teilnahme an der Pflichtversorgung. Genaue Daten liegen dazu jedoch weder den Krankenkassen noch der Bundesregierung vor. Vor der Einführung eines neuen Entgeltsystems muss sichergestellt werden, dass die Anforderungen der Psych-PV und die daraus resultierende Personalausstattung in allen psychiatrischen Krankenhäusern erfüllt sind. Außerdem ist Transparenz über die Umsetzung der Psych-PV herzustellen.

Zu Nummer 1

Die Einführung eines neuen Entgeltsystems für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung von Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen wird am ehesten gelingen, wenn auf eine breite Unterstützung gesetzt wird. Der methodisch-technische und gesundheitsökonomische Sachverstand wird ergänzt um trialogische Elemente, die sich in der Psychiatrie als innovativ bewährt haben. Eine Expertenkommission jenseits der beteiligten Selbstverwaltungspartner sollte zügig noch bis Mitte 2012 durch die Bundesregierung einberufen werden.

Zu Nummer 2

Sektorübergreifende Modellvorhaben können erheblich zur besseren Vernetzung zwischen stationärer, teilstationärer, der ambulanten und komplementären Versorgung beitragen. Allerdings sollte die Einführung eines transparenten und leistungsorientierten Vergütungssystems auch dazu genutzt werden, um auch bei Modellvorhaben das Fachgebiet entsprechend seinen Besonderheiten qualitativ weiterzuentwickeln. Dazu gehört die Stützung von Pflichtversorgungsaufträgen in den Regionen, die hochwertige Angebote für alle Patientengruppen sektor- und settingübergreifend machen. Verträge nur mit einzelnen Krankenkassen oder zu einzelnen Diagnosegruppen tragen nicht nachhaltig zur Erreichung dieses Zieles bei. Für sektorübergreifende Modellvorhaben werden folgende Standards festgelegt: Alle psychiatrischen, psychotherapeutischen und psycho-

somatischen Patientengruppen werden in das Versorgungsangebot einbezogen. Personaleinsatz und Professionsmix orientieren sich an den Merkmalen der Psychiatrie-Personalverordnung und sind insbesondere professionsübergreifend. Die Modellvorhaben sind zu verpflichten, zu den Leistungsmerkmalen der Versorgung Daten an die Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) GmbH und die Bundesländer zu übermitteln. Die Qualität der Daten soll eine Vergleichbarkeit mit der Regelversorgung erlauben. Daten aus den Modellvorhaben fließen aber laut PsychEntgeltG nicht in die Datengrundlage vor Eintritt in die Konvergenzphase ein, es werden nur die Regelhäuser berücksichtigt. Dies ist zu korrigieren, damit die Weiterentwicklung im Versorgungsgebiet bei der Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems berücksichtigt wird.

Da Modellvorhaben dazu geeignet sind, Versorgungslücken z. B. für einzelne Patientengruppen zu schließen, wollen wir Modellprojekte einzelner Krankenkassen aufgrund von regionalen Versorgungslücken zeitlich begrenzt zulassen. Bei Zielerreichung sind diese in die Regelversorgung zu überführen. Sinnvolle Kriterien für verallgemeinerbare Versorgungsziele in der Psychiatrie werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss oder durch einen Beirat beim Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung von Wissenschaftlern entwickelt.

Zu Nummer 3

Die geringen Einrichtungsgrößen, unterschiedliche Trägerkonstellationen und besondere regionale Versorgungskonstellationen haben die Generierung einer repräsentativen Auswahl der Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Kalkulation des InEK bisher nicht ermöglicht. Es ist sicherzustellen, dass in einem neuen Entgeltsystem die Personalausstattung im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung weiterhin qualifiziertes multiprofessionales Personal vorsieht und Aufgaben der Aufsicht und Erziehung der Kinder und Jugendlichen eingeschlossen sind.

Mit der Ausweisung eines Modellvorhabens je Bundesland zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Absprache mit den Ländern kann die Unterschiedlichkeit der regionalen Versorgungslandschaften besser als bisher annähernd abgebildet werden. Die bisherigen Regelungen nach der Psych-PV für Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind einzuhalten und transparent zu machen. Nur gesonderte Mittel zur Begleitforschung der Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erlauben eine angemessene Darstellung der Besonderheiten dieses Fachgebiets. Die Verwendung von Kennzahlen wie die Größe des Versorgungsgebiets und die Erreichbarkeit der Patienten und ihrer Familien bieten sich als spezifische Qualitätsmarker dieses Fachgebiets an.

Zu Nummer 4

Obwohl der Gesetzgeber nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eine Umsetzung der Psych-PV ab 2009 bis zu 100 Prozent ermöglicht hat, arbeiten viele Häuser unterhalb der Normen nach der Psych-PV. Die Aussetzung der Psych-PV für nicht optierende Einrichtungen während der Optionsphase ist nicht sachgerecht und begründet. Vielmehr werden Defizite in der Personalerstattung so auf lange Zeit festgeschrieben. Die Psych-PV wurde eingeführt, um eine qualitativ hochwertige Versorgung personell abzusichern. Allerdings hat es die Bundesregierung bisher abgelehnt, gesetzliche Regelungen zur Überprüfung der Umsetzung nach der Psych-PV zu schaffen. Dies führt zur fehlenden Transparenz der Personalausstattung nach der Psych-PV. Die Bundesregierung bestätigte in der Antwort auf die Kleine Anfrage (Frage 1) „Umsetzung des Entgeltsystems in der Psychiatrie nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“, Bundestagsdrucksache 17/5310, dass Informationen zum realisierten Umsetzungsstand der Psych-PV nicht vorliegen.

Zu Nummer 5

Die Beteiligung an der regionalen Pflichtversorgung führt zu höheren Personalvorhaltekosten, weil eine 24-Stunden-Aufnahme und ein Krisendienst vorgehalten werden müssen sowie kontinuierliche Aufwendungen zur notwendigen Vernetzung des Krankenhauses mit anderen regionalen Leistungserbringern. Krankenhäuser, die an der regionalen Pflichtversorgung teilnehmen, können keine „Rosinenpickerei“ betreiben und sich die Patientinnen und Patienten danach aussuchen, ob diese zu einem vorteilhaften wirtschaftlichen Ergebnis führen. Der Vorschlag zur Teilnahme an der Pflichtversorgung orientiert sich an den Regelungen der Psych-PV, die in § 3 Absatz 2 vorsieht, dass die Personalausstattung angemessen zu verringern ist, „wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat“. Im Gesetzentwurf wird die Honorierung der Pflichtversorgung bzw. deren Nichtbestehen dagegen offen gelassen.

Zu Nummer 6

Die Einführung eines neuen Entgeltsystems für die psychiatrische Versorgung ist aufgrund der fehlenden Vorbilder eine große Herausforderung. Um die finanz- und versorgungspolitischen Konsequenzen rechtzeitig und zeitnah überprüfen zu können, ist ein Bericht zu den Daten aus den Regelhäusern und Modellvorhaben vor der Umsetzung der Konvergenzphase ein notwendiger Schritt für eine verantwortungsvolle Psychiatriepolitik. Dieser Bericht wird heruntergebrochen bis auf die Ebene der Regionen von Kreisen und kreisfreien Städten.

Zu Nummer 7

Ein Systemvergleich zwischen der Krankenhausversorgung und den in Modellvorhaben realisierten sektorübergreifenden Ansätzen würde konstruktive Hinweise für eine patientenzentrierte Anpassung liefern. Um den Aufwand zu minimieren, würde sich die Verwendung von Routinedaten nach Krankheitsschwere und Leistungsaufwand, ergänzt um Aussagen zur Ergebnisqualität, anbieten.

Zu Nummer 8

Die Angleichungsmechanismen in der Konvergenzphase bewirken eine nur teilweise Vergütung steigender Behandlungskosten aufgrund steigender Behandlungsraten und krankenhausplanerischer Maßnahmen. Dies wird in dem Gesetzentwurf damit begründet, dass neue Leistungen nur in Höhe der variablen Kosten berücksichtigt werden sollen. Dabei wird offenbar von Wirtschaftlichkeitsreserven in der psychiatrischen Versorgung ausgegangen, die noch höher sind als die der Somatik, denn die Regelungen zum Mehrerlösausgleich sind ungünstiger, als dort geregelt. Die Argumentation ist für psychiatrische Einrichtungen mit einem hohen Personalkosteneinsatz und insbesondere für Häuser mit Pflichtversorgungsauftrag nicht fachgerecht. Nach der im Gesetzentwurf derzeit vorgesehenen Systematik führen Mehrleistungen zu einer deutlichen Absenkung des Entgelts pro Patientin bzw Patient. Dies kann nur durch Absenkung des Personaleinsatzes pro Patientin bzw. Patient kompensiert werden. Der Mehrerlösanteil, der beim Krankenhaus bleibt, muss höher sein.

Zu Nummer 9

Bei einem unerprobten System wie dem tagesbezogenen pauschalierten Entgeltsystem für die Psychiatrie muss der Mindererlösausgleich verbessert werden, um einen Anreiz für die Beteiligung in der Optionsphase zu schaffen und Absenkungen durch Änderungen der Bewertungsrelationen zu verhindern. Wie

bei der Einführung des DRG-Systems in der Somatik soll der Mindererlösausgleichssatz für Optionskrankenhäuser auf 95 Prozent angehoben werden; in der Konvergenzphase soll der Ausgleich bei 40 Prozent liegen.

Zu Nummer 10

Der Ausgleich für Tarifsteigerungen sollte sich an dem Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes orientieren.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333